

No. de Radicación

Fecha de Radicación

D D M M A A A A



184680922

(Lea las instrucciones que se encuentran al respaldo antes de diligenciar este formulario)

I. DATOS DEL TRÁMITE

1. Tipo de Trámite

A. Afiliación B. Reporte de Novedades

2. Tipo de Afiliación

A. Individual:

- Cotizante o Cabeza de Familia

B. Colectiva

D. De Oficio

3. Régimen

A. Contributivo

B. Subsidiado

4. Tipo de Afiliado

A. Cotizante

B. Cabeza de Familia

C. Beneficiario

5. Tipo de Cotizante

A. Dependiente

B. Independiente

C. Pensionado

Código

(a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

7. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD
RC CC PA SC

8. Número del documento de identidad

52 492 990

9. Sexo

Femenino

Masculino

10. Fecha de nacimiento

23/01/1977

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos Personales

11. Etnia

12. Discapacidad

Tipo F N M

Condición T P

13. Puntaje SISBÉN

14. Grupo de población especial

15. Administradora de Riesgos Laborales - ARL

Sura

16. Administradora de Pensiones

Colpensiones

17. Ingreso base de cotización - IBC

1423000

18. Residencia

Dirección

04 159 # 8 17

Teléfono Fijo

Teléfono Celular

3006278840

Correo Electrónico

Sandremilestlorenzogel@gmail.com

Municipio / Distrito

Bta

Zona

Urbana Rural

Localidad / Comuna

Departamento

Bta

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos Básicos de Identificación del Cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

19. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD
RC CC PA SC

21. Número del documento de identidad

22. Sexo

Femenino

Masculino

23. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

Datos Básicos de Identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

B1

B2

B3

B4

B5

Datos Complementarios

25. Tipo de documento de identidad

26. Número del documento de identidad

27. Sexo

Femenino

Masculino

28. Fecha de nacimiento

D D M M A A A A

29. Parentesco

B1

B2

B3

B4

B5

Femenino

Masculino

D D M M A A A A

30. Etnia

31. Discapacidad

Tipo

Condición

32. Datos de Residencia

Municipio/Distrito

Zona

Departamento

Teléfono Fijo y/o Celular

33. Valor de la UPC del Afiliado Adicional (a registrar por la EPS)

B1

F N M T P

Urbana Rural

B2

F N M T P

Urbana Rural

B3

F N M T P

Urbana Rural

B4

F N M T P

Urbana Rural

B5

F N M T P

Urbana Rural

Selección de la IPS Primaria

34. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS

C

B

B

B

Código de la IPS (a registrar por la EPS)

La Coosida

-Original: EPS -1a Copia: EMPLEADOR -2a Copia: AFILIADO-

35. Nombre o razón social Heterojunias		36. Tipo documento de Identificación NIT CC TI CE PA CD		37. Número del documento de Identificación 830092453		38. Tipo de aportante o pagador de Pensiones (a registrar por la EPS)	
39. Ubicación Dirección		Correo Electrónico		Municipio / Distrito BT		Departamento BT	
				Teléfono Fijo 3202411895			

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.

☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.

☐ 3. Actualización del documento de identidad.

☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.

☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS.

☐ 6. Reinscripción en la EPS.

☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.

☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.

☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.

☐ 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas

☐ 13. Movilidad:

☐ A. Régimen Contributivo

☐ B. Régimen Subsidiado

☐ 14. Traslado:

☐ A. Mismo Régimen

☐ B. Diferente Régimen

☐ 15. Reporte de fallecimiento.

☐ 16. Reporte del trámite de protección al cesante

☐ 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado.

☐ 18. Reporte de la calidad de Pensionado

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad

CN TI CE CD

RC CC PA SC

Número del documento de identidad

Sexo

Femenino

Masculino

Fecha de nacimiento

42. Fecha

43. EPS anterior

44. Motivo de traslado

45. Caja de compensación Familiar o pagador de pensiones

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

☐ 46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.

☐ 47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.

☐ 48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.

☐ 49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.

☒ 50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.

☒ 51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.

☒ 52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.

☒ 53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario

55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institución o de oficio

IX. ANEXOS

☐ 56. Anexo copia del documento de identidad:

CN RC TI CC PA CE CD SC

Cantidad

TOTAL

☐ 57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.

☐ 58. Copia del registro civil de matrimonio, o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.

☐ 59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación o el consentimiento para la separación, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.

☐ 60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.

☐ 61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.

☐ 62. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.

☐ 63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.

☐ 64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.

☐ 65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial

Código del Municipio

Código del Departamento

67. Datos del SISBÉN

Número de ficha

Puntaje

Nivel

68. Fecha de Radicación

69. Fecha de Validación

70. Datos del funcionario que realiza la validación

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Tipo de documento

Número de documento de identidad

71. Firma del Funcionario

Observaciones:

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta le veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

Doc. identificación y nombre del Ejecutivo Comercial

Sello de Radicación

Sticker procesamiento